



*DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
UNITÀ OPERATIVA DI NEURORADIOLOGIA - UNITÀ OPERATIVA RADIOLOGIA*

**CONSENSO INFORMATO
ESAME DI RISONANZA MAGNETICA**

INFORMATIVA PER IL PAZIENTE:

La Risonanza Magnetica è una metodica diagnostica che utilizza campi magnetici ed onde elettromagnetiche a radiofrequenza. All'arrivo il paziente verrà accolto dal personale del servizio che verificherà l'identità, la presenza della documentazione (richiesta, questionario compilato e firmato, pregressa documentazione clinica e strumentale). Quindi sarà invitato a depositare tutti gli **oggetti metallici** (orologi, collane, orecchini, forcine, tessere magnetiche ed altri effetti personali) negli appositi armadietti dotati di chiave e a rimuovere eventuale trucco dal volto e/o lenti a contatto. Il personale fornirà un camice e dei calzari a sostituzione degli indumenti personali. La biancheria intima dovrà essere rigorosamente bianca e di puro cotone. Verranno fornite informazioni circa la durata dell'esame, l'importanza della completa collaborazione, sull'eventuale somministrazione del mezzo di contrasto ed il reperimento dell'accesso venoso periferico da parte del personale infermieristico. L'apparecchiatura a forma di tunnel, aperto alle due estremità, produce un rumore ritmico; è necessario mantenere l'**assoluta immobilità**. Sono previsti strumenti di comunicazione con il personale e in qualsiasi momento l'esame può essere sospeso.

Non sono previste controindicazioni alla ripresa delle ordinarie attività dopo l'esame.

Nel caso in cui l'indagine richiesta preveda l'utilizzo di mezzo di contrasto è necessario essere a **digiuno** da almeno **6 ore**, ad esclusione dei farmaci abitualmente assunti che possono essere ingeriti con qualche sorso d'acqua. Si consiglia la sospensione dell'allattamento per le 24 ore successive alla somministrazione del mezzo di contrasto.

Durante l'infusione endovenosa del mezzo di contrasto vi è la possibilità (per cause anatomiche, fragilità della vena etc.) che si verifichi rottura del vaso con conseguente stravasamento del mezzo di contrasto nell'area dell'iniezione; in questo caso la tumefazione viene valutata ed eventualmente trattata (seguendo le indicazioni previste dal protocollo stravasamento).

E' possibile che durante e dopo la somministrazione del mezzo di contrasto si verifichino effetti indesiderati legati a

reazioni allergiche che possono essere **immediate** o **tardive**. In

rapporto al grado di severità tali reazioni possono essere:

- **Lievi** : nausea, vomito, dolore nella sede di iniezione, rush cutaneo.
- **Moderate** : dispnea, ipotensione, tachicardia
- **Gravi** (a rischio per la vita): gravi aritmie, broncospasmo severo, arresto cardiorespiratorio, insufficienza renale acuta. In queste rare evenienze il nostro servizio dispone di personale, farmaci e attrezzature idonee all'assistenza del paziente e, in caso di necessità, vi è la pronta disponibilità del personale di rianimazione.

Le reazioni **tardive** (da 1 ora dall'iniezione fino a 7 giorni) consistono più frequentemente in eruzioni cutanee, sindromi simil-influenzali, disturbi gastrointestinali. In questo caso è consigliato recarsi dal medico curante.

Si raccomanda di portare documentazione sanitaria precedente di interesse per la procedura da effettuare.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

(a cura del medico richiedente)

PAZIENTE Cognome..... Nome.....Data di nascita.....

Peso Kg..... Altezza Cm..... M F

VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA

Comprovato rischio allergico mdc o altro..... Si No
(se si seguire schema di pre-trattamento) <https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/97>
Grave insufficienza renale..... Si No
(se si seguire schema di pre-trattamento) <https://www.aulss8.veneto.it/nodo.php/97>
Allergia al latte..... Si No
Asma..... Si No
Claustrofobia..... Si No

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

Pacemaker Si No
Dispositivi elettromeccanici* Si No
Clips vascolari ferromagnetiche* Si No
Impianti cocleari* Si No
Protesi stapediali* Si No
Corpi estranei ferromagnetici Si No
Anemia falciforme Si No

CONTROINDICAZIONI RELATIVE

Clips o altri dispositivi non ferromagnetici Si No
Filtri, stent e spirali endovascolari* Si No
Protesi del cristallino* Si No
Protesi ortopediche metalliche* Si No
Derivazioni ventricolo-peritoneali Si No
Punti metallici da pregresso intervento Si No
Schegge metalliche, proiettili Si No
Tatuaggi estesi Si No
Espansori mammari Si No
IUD e diaframmi uterini Si No
Stato di gravidanza, allattamento Si No
Interventi chirurgici (se SI specificare) Si No

***in caso risposta affermativa è necessario fornire documentazione di compatibilità.**

Data Firma del Paziente..... Firma del Medico.....
(tutore o genitori in caso di minori) (richiedente)

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Il sottoscritto/a..... nato il

DICHIARA

d'essere stato informato in modo esauriente e comprensibile circa l'indicazione, l'utilità, le modalità di esecuzione e le controindicazioni all'esposizione ai campi elettromagnetici generati dall'apparecchiatura.

Il sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato informato degli effetti collaterali e secondari che possono derivare dall'uso del mezzo di contrasto per via iniettiva.

- ACCETTO di sottopormi all'indagine proposta
 ACCETTO di sottopormi all'indagine proposta **ma non** alla somministrazione di mdc
NON ACCETTO di sottopormi all'indagine proposta

Firma Firma del Medico Radiologo
(paziente, tutore o genitori in caso di minore)

Il/la sottoscritto/a dichiaro/a di voler
REVOCARE il consenso e non procedere all'esecuzione dell'esame.

Data e ora Firma.....